衢州市区工伤保险服务协议机构资格申请表

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 申请类别： □工伤保险服务协议医疗机构 □工伤保险协议辅助器具配置机构 | | | | | |
|  | | | |  |  |
| 机构名称 |  | | | | |
| 地址 |  | | | 邮编 |  |
| 执业许可证号 |  | | 所有制形式 |  | |
| 统一社会信用代码 |  | | 机构内部工伤保险管理部门联系电话 |  | |
| 法定代表人 |  | | 身份证号码 |  | |
| 联系人 |  | | 联系电话 |  | |
| 成为基本医疗保险定点医疗机构时间 |  | 定点所在行政区域 |  | 医院 级别 |  |
| 企业基本情况 |  | | | | |
|
| 前一年内是否存在因违反社会保险、卫生、市场监督和物价管理等相关规定被上述行政主管部门处罚记录 |  |  | 是否同意进行工伤保险联网结算系统改造 |  |  |
| 申请单位意见 | 我机构申请成为衢州市区工伤保险服务协议机构，并承诺所填写的信息及所提供的相关材料真实有效。如上述材料与事实不符，我机构将承担所造成的一切后果。 | | | | |
|
| 法定代人表签名： （公章） | | | | |
| 申请日期： 年 月 日 | | | | |